

**Мета** — встановити діагностичні можливості ЕФГС в виявленні рефлюксної хвороби при різній патології верхніх відділів ШКТ.

**Матеріали.** Обстежено 104 пацієнти (60 чоловіків і 44 жінки) віком від 14 до 72 років (середній вік  $46,5 \pm 3,5$ ) з різною патологією верхніх відділів ШКТ. Контрольну групу склали 14 осіб без патології ШКТ. Більшість хворих мали виразкову хворобу (ВХ) — 27 (26%) та функціональну диспепсію (ФД) — 24 (23,1%). Хворих з хронічним гастритом (ХГ) — 21 (20,2%) та холециститом (ХХ) — 19 (18,3%). З ерозією та варикозним розширенням вен — 5 (4,8%), раком шлунка — 5 (4,8%) та раком стравоходу — 3 (2,8%).

Методика проводилась на гамма-камері ОФЕКТ-1 з радіофармпрепаратом (РФП)  $^{99m}\text{Tc}$ -пертехнетатом активністю 1 МБк/кг. Гомогенний розчин РФП у 150 мл молочнокислого продукту (ряжанка) вводили пер ос в два етапи натщесерце. Променеве навантаження в середньому не перевищує 1мЗв. Дослідження виконували в положенні хворого сидячи протягом 30 хвилин. Детектор гамма-камери розташовували паралельно передній поверхні тіла під кутом 45°. Поле зору детектора включало глотку, стравохід, шлунок та верхні відділи кишечника. Результати оцінювались якісно і кількісно. Першим етапом ЕФГС є езофагосцинтиграфія (ЕФС) протягом 20 секунд (1 кадр/с) з отриманням зображення стравоходу на екрані ЕОМ після максимального ковтка РФП. Аналізувались його розташування, проходимість, контури, звування (розширення), відхилення, затримка РФП та наявність ГЕР. При кількісному аналізі вибирались зони інтересу: верхня, середня, нижня третини стравоходу, кардіальна частина шлунка з отриманням кривих розподілу в них РФП та математичним розрахунком езофагеального транзитного часу, кліренсу стравоходу, середньої швидкості проходження РФП по стравоходу, часу появи ГЕР. На другому етапі пацієнт приймав залишок розчину з РФП, після чого запис інформації здійснювався з експозицією 1 кадр/хв. Оцінювались форма, контури і тонус шлунка, моторно-евакуаторна функція, наявність ДГР. У зони інтересу входили кардіальна та привратникова частини, тіло шлунка і кишечник.

Сцинтиграфічними ознаками як ГЕР, так і ДГР вважались протифазні зміни кривих на відповідному часі дослідження: ГЕР — із нижньої третини стравоходу та кардіальної частини шлунка на відповідній секунд (понад 4-5% активності шлунка вважалося патологічним). ДГР — із пілоричного відділу шлунка та 12-палої кишки на відповідній хвилині.

**Результати дослідження.** Криві динаміки розподілу РФП зі вказаних зон стравоходу та шлунка дозволили отримати наступну інформацію по рефлюксам: ГЕР був виявлений у 56 (53,8%) обстежених. Найбільша кількість у пацієнтів з ФД — 21 (20,2%), з ВХ — 19 (18,3%). У меншій мірі у пацієнтів із ХГ — 9 (8,6%), із ХХ — 5 (4,8%), із раком стравоходу 1 (1,0%) і з раком шлунка — 1 (1,0%). ДГР був виявлений у 46 обстежених. Переважно це були хворі на ВХ — 21 (20,2%), ХХ — 10 (9,6%). З іншою патологією верхніх відділів ШКТ ДІР встановлений у пацієнтів з ХХ — 8 (7,6%), ХГ — 6 (5,8%) та РШ у всіх 5 (4,8%). Тільки у 24 обстежених змін з боку моторно-евакуаторної функції верхніх відділів ШКТ не було виявлено. Це всі пацієнти з ерозією та варикозним розширенням вен, 11 з ХХ і один з раком стравоходу.

Таким чином, головними перевагами ЕФГС є легкість виконання, неінвазивність, невелике променеве навантаження в порівнянні з рентгенологічним методом, вірогідне кількісне підтвердження наявності ГЕР та ДГР. Це свідчить про можливість заміни рентгенологічного методу сцинтиграфічним у виявленні рефлюксної хвороби при різній патології верхніх відділів ШКТ.

### КІЛЬКІСНИЙ АНАЛІЗ СТУПЕНЯ ПОШКОДЖЕННЯ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА ПРИ ПЛАНУВАННІ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ

Михальченко О.М., Євсєєнко В.Г.

Клінічна лікарня «Феофанія» ДУС, м. Київ, Україна

**Вступ.** Наразі, досягти повноцінного відновлення функції плечового суглоба при пошкодженні сухожилків ротаторної манжети плеча можливо лише після хірургічного втручання. Успіх оперативного лікування залежить від багатьох чинників. Оцінка варіантів пошкодження сухожилків та дегенерації м'язів ротаторної манжети плеча на доопераційному етапі за допомогою магнітно-резонансної томографії дозволяє оцінити показники спроможності анатомічного відновлення структур ротаторної манжети плеча. Точна оцінка об'єму надостьового м'яза є дуже важливим елементом для визначення можливостей результативності артроскопічного відновлення цілісності сухожилка надостьового м'яза, однак такий параметр важко виміряти.

**Мета** — провести оцінку таких факторів, як розмір розриву та зміщення сухожилку надостьового м'яза, ступінь атрофії та жирової дегенерації надостьового м'яза плеча на доопераційному МРТ та визначити їх вплив на прогноз повноцінного відновлення функції плечового суглоба після оперативного лікування.

**Матеріали та методи.** Ретроспективно проведено аналіз доопераційного МРТ плечового суглоба у 75 пацієнтів. МРТ-дослідження проводилось на 1,5 Т-томографі Espree фірми «Сіменс» із застосуванням спеціальної поверхневої котушки. Також ретроспективно проведено перегляд та оцінка МР-досліджень пацієнтам, які перенесли артроскопію плечового суглоба з повним або частковим анатомічним відновленням ротаторної манжети плеча при великих та масивних розривах (більше ніж 3 см у довжину). МРТ плечового суглоба була оцінена лікарем-рентгенологом та ортопедом-травматологом. Математичні виміри ступеня пошкодження проводились в корональній і сагітальній площинах. Для оцінки ступеня м'язової атрофії запропоновано провести обрахунок за методом Zanetti на 3 рівнях: 1) надостьова ямка на рівні вирізки лопатки; 2) +20 мм від вирізки лопатки медіально; 3) на рівні надсуглобового горбка суглобової западини лопатки. У подальшому ми оцінювали розміри розриву сухожилку надостьового м'яза в сагітальній та корональній площинах на PD-WI та T1-WI. Розміри розриву сухожилка інтраопераційно вимірювались у 2 перпендикулярних площинах. Порівнювались артроскопічні дані з даними МРТ за співвідношенням розмірів розриву сухожилка та ступенем атрофії надостьового м'яза. Ці показники визначені як предиктори оцінки можливостей анатомічного відновлення ротаторної манжети плеча.

Контрольну групу становили 20 пацієнтів без розривів та атрофії м'язів за даними МРТ та артроскопії.

**Результати.** Оцінено ступінь анатомічного та функціонального відновлення ротаторної манжети плеча через 6 та більше місяців після проведення оперативного втручання. Контрольне МРТ плечового суглоба виконувалось аналогічно до передопераційного дослідження. Розміри пошкодження були підтверджені під час артроскопічної операції у всіх пацієнтів. У 15 (20%) пацієнтів виявлено малі пошкодження. У 24 (32%) випадках серед обстежених хворих на доопераційному етапі були виявлені великі та масивні розриви сухожилка надостьового м'яза (за класифікацією Cofield), які поєднувалися з III-IV ступенем м'язової атрофії (за класифікацією Goutallier et al). У 8 (10,7%) хворих із цієї підгрупи оперативне втручання не дало до повного анатомічного та відповідно функціонального відновлення. У даній групі хворих при контрольних МРТ були виявлені повторні пошкодження сухожилка надостьового м'яза. У 36 (48%) пацієнтів великі пошкодження були поєднані з I-II ступенем м'язової атрофії, на постопераційних МРТ демонстрували збережену цілісність відновленого оперативним втручанням сухожилка, та клінічно функція в суглобі була відновлена.

**Висновки.** Використання оптимізованих МРТ-протоколів з постпроцесинговою кількісною оцінкою розмірів розриву сухожилка надостьового м'яза та ступеня атрофії і хворої дегенерації м'яза на доопераційному МРТ є важливими чинниками, що можуть об'єктивно демонструвати прогноз запланованого оперативного лікування. Вищезазначені предиктори потрібно враховувати під час оцінки можливостей анатомічного та функціонального відновлення плечового суглоба.

### НЕЙРОВІЗУАЛІЗУЮЧА ДІАГНОСТИКА ПАРА- ТА ІНТРАВЕНТРИКУЛЯРНИХ ЛІКВОРНИХ КІСТ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ДІТЕЙ

*Михалюк В.С., Робак О.П., Гарматіна О.Ю.,  
Робак К.О., Вакарюк В.Є.*

*ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова  
НАМН України», м. Київ, Україна*

Під пара- та інтравентрикулярними кістами розуміють наповнені ліквором утворення, які не мають посереднього сполучення із шлуночковою системою та лікворними просторами. До них належать паравентрикулярні внутрішньомозкові, арахноїдальні кісти та інтравентрикулярні кісти (кісти судинних сплетень, епендимарні кісти, ізольовані фрагменти шлуночків).

**Мета дослідження** – оптимізація діагностичного нейровізуалізуючого комплексу при пара- та інтравентрикулярних лікворних кістах.

**Матеріали і методи.** Було досліджено 166 пацієнтів віком від 1 міс. до 18 років. Нейровізуалізуючі дослідження до оперативних втручань включали КТ (n=126; 75,9%) та МРТ- (n=159; 95,8%) дослідження.

**Результати та їх обговорення.** При стандартному дослідженні МРТ у трьох площинах і двох режимах побудови зображення метод дозволяв виявити пара- та інтравентрикулярні лікворні кісти в переважній кількості випадків. Враховуючи відмежованість (замкнутість) кіст їх МР-сигнал відрізнявся від сигналу ліквора внаслідок підвищення клітинного та білкового компоненту, що розцінювалось як підтвердження

відокремлення порожнини. При виконанні МСКТ щільність кістозного вмісту переважала над щільністю ліквора. Більш чітко на фоні ліквора візуалізувалися внутрішньошлуночкові перетинки. В післяопераційному періоді ендоскопічних хірургічних втручань МСКТ використовували для моніторингу стану шлуночкової системи, динаміки кіст та можливих ускладнень.

**Висновки.** Для визначення морфонеїровізуалізуючих особливостей пара- та інтравентрикулярних кіст методи МРТ і МСКТ доповнюють один одного.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВАНИИ УЧЕТА ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА ЛЕГКИХ ПРИ ТЭЛА С ПОМОЩЬЮ КТАПГ

*Мягков А.П., Рудик Н.В.*

*Государственное заведение «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины», г. Запорожье, Украина*

**Введение.** Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — одна из наиболее важных проблем современной клинической медицины и является третьим по летальности острым кардиоваскулярным заболеванием. Анализ анатомических особенностей легочных сосудов и оценка пораженных артерий с помощью методов лучевой диагностики может стать важным подспорьем в понимании прогнозирования течения ТЭЛА, разработки адекватной лечебной тактики и оценки результатов лечения. Существует несколько методов расчета объема поражения артериального русла легких при ТЭЛА. Среди них наиболее распространенными в Европе является индекс Миллера (Miller G.A., 1971), а в США – индекс Уолша (Walsh P.N., 1973). Кроме них также используются показатели обструкции сосудистого русла Qanadli S.D.(2001) и Mastora I. (2003). Все вышеуказанные индексы и способы позволяют осуществить количественную оценку степени тяжести ТЭЛА.

**Цель** – усовершенствование способа расчета объема поражения артериального русла легких с помощью компьютерно-томографической ангиопульмонографии.

**Материалы и методы.** С этой целью обследованы 36 больных с ТЭЛА, которые находились на лечении в различных отделениях Запорожской областной клинической больницы. Возраст исследуемых больных колебался от 41 до 80 лет при среднем возрасте 62 года (63±14,4). Распределение по возрастным группам было следующим: 40-49 – 5 (14%); 50-59 – 10 (28%); 60-69 – 14 (39%); 70-79 – 6 (17%); 80 и старше – 1 (3%). Исследования проводились с использованием 4-срезового спирального компьютерного томографа. В процессе лечения повторная КТАПГ была выполнена всем 36 (100%) больным. Расчет объема поражения артериального русла легких с помощью КТАПГ проводился на основании предложенного нами способа. После проведения КТАПГ изучали наличие и состояние сегментарных, долевых, главных легочных артерий и легочного ствола, локализацию поражения и нарушения перфузии. Кроме этого, для определения легочной гипертензии и дисфункции правого желудочка сердца определяли диаметры легочного ствола, аорты и соотношение их диаметров (АО/ЛА), правой и левой ЛА, размеры правого и левого желудочка